


INDAGINI DIAGNOSTICHE CON MEZZO DI CONTRASTO e RISONANZA MAGNETICA
Modulo richiesta – Indicazioni per la preparazione –Anamnesi - Consenso

Questo modulo raccoglie le informazioni in merito allo stato di salute del paziente, necessarie al corretto espletamento dell'esame richiesto. Vi preghiamo di leggerlo e di compilarlo con attenzione, ciascuno per le parti di propria competenza. Il paziente avrà cura di consegnarlo al Personale Sanitario il giorno dell'esame.

A cura del Medico prescrittore

DATI DEL PAZIENTE

Cognome e nome _____
 Data di nascita _____
 Telefono _____
 Provenienza INT. U.O. _____
 EST. _____
 Altra ULSS _____

TIPO DI ESAME RICHIESTO (*)

TAC con mdc iodato
 Angiografia con mdc iodato
 Urografia con mdc iodato
 RM senza o con mdc paramagnetico (**)
 ECOGRAFIA con mdc (CEUS)
 Altro _____

NOTIZIE CLINICHE E QUESITO DIAGNOSTICO _____

CREATININEMIA (non più di 30 giorni prima dell'esame) _____ PESO (Kg) _____

N.B. In caso di esame Ecografia con MDC CEUS il dosaggio della creatininemia non è necessario

Se in base ai dati clinici recenti non risultano significative patologie renali la creatinemia può ritenersi non necessaria

Il/La Paziente presenta (**IN CASO DI RISPOSTA POSITIVA CONTATTARE PREVENTIVAMENTE IL MEDICO RADIOLOGO**):

- **Precedenti reazioni moderate/severe ai mdc** NO SI

(se possibile specificare tipo di mdc, tipo ed entità delle reazioni): _____

- Allergie in trattamento	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	- Asma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
- Insufficienza renale	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	- Diabete	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
- Scompenso cardiaco	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	- Ipertiroidismo	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
- Sindr. Coronarica acuta recente	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		
- Tattamento in atto con farmaci	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		

(solo se uno di quelli indicati) b-bloccanti // interleukina 2 // **biguanidi (Metformina)** // **FANS** // **Aminoglicosidi** //

Ciclosporina // **Cisplatino** (sottolineare): in caso di risposta positiva se possibile sospendere la terapia per un tempo superiore alla emivita del farmaco o in caso contrario procedere alla preidratazione per i farmaci in grassetto (v. di seguito).

ESEGUITA IDRATAZIONE NO SI

ESEGUITA PROFILASSI NO SI

Data _____

Firma del Medico Prescrittore (con timbro)

(*) In caso di possibile gravidanza della paziente, contattare preventivamente il Medico Radiologo.

(**) Per la Risonanza Magnetica deve essere compilato il questionario anamnestico specifico per indagini RM

PREPARAZIONE: non mangiare nelle 4 ore e non bere nell'ora precedente l'esame.

MDC IODATI: SOLO in caso di insufficienza renale lieve/moderata (eGFR < 60 in caso di angiografia; eGFR < 45 in caso di iniezione endovenosa del mdc) è necessario effettuare una pre-idratazione secondo il seguente schema (a cura del Medico proponente):

- **pazienti ricoverati:** il giorno prima dell'esame contrastografico, idratazione con 1 ml/Kg/ora X 12 ore di soluzione fisiologica + assunzione orale di 1200mg di N-Acetilcisteina (es. Fluimucil bustine) due volte al giorno; il giorno dell'esame, ripetere lo stesso schema di cui sopra.
 - **pazienti ambulatoriali:** dal giorno precedente, idratazione per via orale fino a 1 ora prima dell'esame (almeno 1,5 litri) + 2 bustine di N-Acetilcisteina (acquistabile in farmacia senza ricetta medica) due volte al giorno (1200mgx2), seguita da somministrazione e.v. di 2 ml/kg/ora di soluzione fisiologica nelle 6 ore successive all'esame (attenzione alle cardiopatie).

MDC IODATI E PARAMAGNETICI: SOLO in caso di pregressa allergia da farmaci, al mdc, alla puntura d'ape è necessario effettuare un pre-trattamento secondo il seguente schema:

- **nelle 24 ore precedenti l'esame:** Prednisone, 1 cp da 25 mg per via orale (es. Deltacortene F) o 20 mg e.v. (es. Solumedrol) ogni 6 ore (tot. 4 somministrazioni) + 1 cp di gastroprotettore per via orale (es. Omeprazolo).
 - **1 ora prima dell'esame in Radiologia:** Clorfenamina 10 mg (es. Trimeton), + 1 cp di gastroprotettore per via orale (es. Omeprazolo), forniti dall'Ospedale.

IN CASO DI INDAGINE RM CON O SENZA MDC: togliere fermagli per capelli, occhiali, gioielli, orologio, carte di credito, monete, chiavi, vestiti con ganci e bottoni metallici, spille, apparecchi per l'udito, lenti a contatto, protesi dentarie mobili, eventuale trucco dal viso.

Il Personale è a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO SPECIFICO PER INDAGINI RM

A cura del Paziente	Soffre di claustrofobia?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	È mai stato colpito da schegge metalliche?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	È in stato di gravidanza?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Ha subito interventi chirurgici?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	specificare _____
	È portatore/portatrice di:			
	IUD (spirale)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Placche / protesi / viti / chiodi / fili metallici	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	specificare _____
	Protesi del cristallino	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Protesi dentarie	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Tatuaggi	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

II/La Paziente è portatore/portatrice di:

A cura del Medico prescrittore	Clips vascolari	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Pace-maker o altri tipi di stimolatori	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	specificare _____
	Pompe di infusione farmaci	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Impianti cocleari	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Elettrodi intra-cerebrali o sub-durali	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Derivazioni spinali o ventricolari	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Espansore mammario	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
	Protesi articolari bilaterali (spalla, anca)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	

Data _____

Firma del Medico prescrittore

Rivalutato quanto dichiarato nel questionario, il Paziente può essere sottoposto all'indagine richiesta

Firma del Medico Radiologo

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a **dichiara** di essere stato/a adeguatamente informato/a:

- sulle finalità, modalità di espletamento e rischi inerenti l'esame diagnostico o terapeutico a cui deve essere sottoposto, necessario all'accertamento della propria condizione clinica;
- sulla possibilità che l'uso del mezzo di contrasto possa causare eventi avversi non prevedibili.

Accetta pertanto di sottoporsi all'esame proposto

La paziente (se è in età fertile) **dichiara di NON essere in stato di gravidanza.**

Consenso presso _____

in data _____

(struttura)

Firma del Paziente (o di chi ne ha la tutela) -----

Firma del Medico Radiologo -----